

Результаты и обсуждение. В период с 2010 по 2012 гг. в хирургическом отделении Брестской областной больницы по данной методике оперировано 25 больных (2010 г. – 2; 2011 г. – 14; 2012 г. – 9). Все больные – женщины в возрасте от 21 до 38 лет. Всем им выполнялась эндоскопическая гемитиреоидэктомия: 16 – левосторонняя, 9 – правосторонняя. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 60 ± 20 минут. Средняя продолжительность пребывания в стационаре у больных – 3 дня. Конверсий не было. После оперативного вмешательства в связи с незначительным болевым синдромом наркотические анальгетики не назначались. Послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением. В отдаленном периоде больные жалоб не предъявляли, дисфагий не наблюдалось.

Преимущества подобной малоинвазивной технологии очевидны: реабилитационный период больного в стационаре вдвое короче, чем при открытом вмешательстве, меньше болевой синдром и, что немаловажно, нет косметического дефекта.

Преимущества для хирургов заключаются в использовании оптики, которая дает многократное увеличение операционного поля: лучше дифференцируются возвратный нерв и паращитовидные железы, что уменьшает риск их повреждения и, естественно, послеоперационные осложнения.

Выводы. Внедрение эндоскопических вмешательств позволяет получить хорошие клинические результаты у больных с данной патологией, снизить количество послеоперационных осложнений, уменьшить длительность пребывания больного в стационаре и сроки реабилитации в послеоперационном периоде, достичь хорошего косметического эффекта в зоне операции. Учитывая значительное преобладание женщин среди пациентов с патологией щитовидной железы, обеспечение косметического результата – одна из важных задач оперативного вмешательства.

ПИЩЕВОДНЫЕ АНАСТОМОЗЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИЕМЛЕМЫ

Лабунец И.Н., Прохоров А.В., Максимчик С.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск, Беларусь

Введение. Проблема формирования надежного пищеводного анастомоза при хирургическом лечении рака желудка, в том числе с поражением пищевода остается актуальной до настоящего времени. Основными современными требованиями, предъявляемыми к пищеводному анастомозу, яв-

ляются: максимальная безопасность (высокая физиологическая и биологическая надежность при условии технически правильного выполнения); функциональность (антирефлюксные и антиструктурные свойства); возможность универсального применения независимо от уровня пересечения пищевода при наличии супрастенотического расширения его стенки с гипертрофией слоев; техническая простота и быстрота исполнения.

Целью настоящей работы явилось изучение результатов используемых нами методов формирования пищеводных анастомозов в хирургическом лечении рака желудка и пищевода.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов 616 операций, произведенных по поводу рака желудка и пищевода с формированием пищеводного соустья в Минском городском клиническом онкологическом диспансере за период с 2003 по 2012 гг. Возраст пациентов составил от 28 до 85 лет. Гастрэктомия при раке желудка, в том числе с поражением пищевода, произведена у 451 (73,2%) пациента, проксимальная резекция желудка с внутриабдоминальным и внутриплевральным анастомозом – у 107 (17,4%) пациентов, субтотальная резекция пищевода с проксимальными отделами желудка с гастрозофагопластикой по Льюису – у 58 (9,4%) пациентов. При формировании пищеводно-желудочного и пищеводно-тонкокишечного анастомозов предпочтение мы отдаем формированию соустья по типу «конец пищевода в переднюю стенку желудка или тощей кишки» однотипной инвагинационной методикой путем наложения отдельных узловых швов атравматичной нитью в минимальном количестве (15–17), что способствует надежному заживлению анастомоза и служит профилактикой развития Рубцовых стриктур.

Результаты и заключение. Общая послеоперационная летальность составила 2,4%. Несостоятельность швов пищеводного анастомоза наблюдалась в 6 случаях (0,9%). При этом непосредственной причиной смерти она явилась в 0,6% (4 пациента) случаев. Четкой зависимости частоты несостоятельности пищеводного соустья от вида хирургического вмешательства, уровня резекции пищевода с внутриабдоминальным или внутриплевральным расположением пищеводного анастомоза, видом анастомозируемого желудка или тонкой кишки, не выявлено (таблица).

Таблица – Частота несостоятельности пищеводного анастомоза (НПА) в зависимости от его локализации и вида операции

Вид и количество операций	Частота и летальность при НПА		Общая летальность
	количество случаев	в т.ч. с летальным исходом	
С внутриабдоминальным анастомозом: всего – 341 операция:	3–0,9%	2–0,6%	5–1,5%

Вид и количество операций	Частота и летальность при НПА		Общая летальность
	количество случаев	в т.ч. с летальным исходом	
гастрэктомия по Савиных – 314 операции	2–0,6%	2–0,6%	3–1%
проксимальная резекция по Савиных – 27 операции	1–3,7%	0–0%	2–7,4%
<i>С внутриплевральным анастомозом:</i> всего – 275 операции:	3–1,1%	2–0,7%	10–3,6%
Гастрэктомия по Гэрлоку- 137 операций	2–1,5%	1–0,7%	5–3,6%
Проксимальная резекция по Гэрлоку – 80 операций	1–1,3%	1–1,3%	2–2,5%
Резекция пищевода по Льюису – 58 операций	0–0%	0–0%	3–5,2%
Всего 616 операций	6–0,9%	4–0,6%	15–2,4%

В отдаленные сроки после произведенных операций выраженных органических и функциональных нарушений со стороны пищеводных анастомозов в виде рубцово-язвенных деформаций и стриктур, требующих хирургической коррекций, не наблюдалось.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА: ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МЫШЦ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ДИАФРАГМЫ

Богдан В.Г.¹, Сошникова Е.В.²

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
военно-медицинский факультет¹

РНПЦ «Травматологии и ортопедии»²

Актуальность. Важная роль в патогенезе образования и прогрессирования послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) принадлежит нарушениям биомеханики в системе «брюшной пресс-диафрагма». Учитывая уникальность выполняемой функции мышц передней брюшной стенки (исключающее для них состояние покоя), поддержание на постоянном уровне внутрибрюшного давления, участие в акте дыхания, изменения функционального состояния, возникшие в них, непосредственно